

Chargée du suivi : Fabienne POUGNAND  
[fabienne.pougnand@fft.fr](mailto:fabienne.pougnand@fft.fr) ☎ 05.49.09.97.19

## FORMATION CONTINUE PROFESSIONNELLE 2020

« Les principes d'efficacité biomécaniques du joueur en formation, l'approche de la préférence motrice ». Module 2

**Intervenants : Erwann TORTUYAUX et Moncef ZEHAR**

<b>Pôle de Talence</b>	<b>Vendredi 27 et Samedi 28 mars 2020</b>	<b>Date limite d'inscription</b>	<b>1-03-2020</b>
------------------------	---	----------------------------------	------------------

### DOSSIER D'INSCRIPTION

A retourner impérativement le dossier complet par courrier à l'adresse suivante :  
Ligue de Tennis Nouvelle Aquitaine – Pôle de Niort, à l'attention de Mme Fabienne POUGNAND  
Rue du Pasteur Louis Joubert 79000 NIORT  
avant le **1-03-2020** pour une demande de prise en charge par l'OPCO-AFDAS

#### Renseignements civils et administratifs

Mr  Mme (2) Cocher la case correspondante – préciser également le nom de jeune fille

NOM : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Date de Naissance : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

Téléphone portable : \_\_\_\_\_ Adresse e-mail : \_\_\_\_\_

N° de la carte professionnelle : \_\_\_\_\_ N° Sécurité Sociale : \_\_\_\_\_

#### Cadre réservé à la ligue

Dossier d'inscription reçu le \_\_\_\_\_  complet  incomplet

Dossier d'inscription validé le : \_\_\_\_\_

Dossier d'inscription refusé le : \_\_\_\_\_ motifs : \_\_\_\_\_

**Situation personnelle et prise en charge du coût de formation**

(Cocher les cases correspondantes)

- Vous êtes salarié(e)** (Précisez la nature de votre contrat)
- en CDD  en CDI date du début de contrat \_\_\_\_\_ date de fin de contrat (CDD) : \_\_\_\_\_
- à temps plein  à temps partiel
- autre type de contrat (précisez : contrat d'apprentissage, contrat de professionnalisation, contrat emploi formation,....) : \_\_\_\_\_

**ENGAGEMENT DE LA STRUCTURE EMPLOYEUSE**

Raison sociale : \_\_\_\_\_ N° d'affiliation club : 59 \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_ Adresse e-mail : \_\_\_\_\_

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_ en qualité de : \_\_\_\_\_

autorise, Mr/Mme \_\_\_\_\_ à suivre l'ensemble de la formation et certifie prendre en charge la totalité du financement, soit un montant de 380 €, réglés par chèque bancaire ci-joint.

Je suis informé(e) que lorsque l'employeur mobilise le plan de développement des compétences légal ou conventionnel, la formation est réalisée par défaut sur le temps de travail. Seules 30 h/an et par salarié peuvent être effectués hors temps de travail à condition d'avoir un accord écrit du salarié.

Dans le cadre des mesures en faveur de la formation continue professionnelle, nous solliciterons l'OPCO. Je certifie que notre club est adhérent à l'AFDAS sous le numéro : \_\_\_\_\_ et à jour de ses cotisations, pour prétendre au dispositif de prise en charge du coût de la formation.

Fait à \_\_\_\_\_

le \_\_\_\_\_

Fait à \_\_\_\_\_

le \_\_\_\_\_

Signature et cachet de l'employeur

Signature du stagiaire

- Vous n'êtes pas salarié(e)** précisez votre statut :  travailleur indépendant  auto-entrepreneur
- Je finance personnellement la formation et joins le règlement de 380 € par chèque bancaire.
- En tant que travailleur indépendant / auto-entrepreneur, je sollicite une prise en charge par un fonds d'assurance formation auprès de  AGEFICE  FIF PL

Signature du stagiaire

- Vous êtes demandeur-se d'emploi.** (Précisez l'agence Pole emploi dont vous dépendez) : \_\_\_\_\_
- En tant que demandeur d'emploi, je bénéficie de  ARE  RFPE  ASS  AIF, et certifie pouvoir bénéficier d'une prise en charge à ce titre. (Joindre obligatoirement tous les justificatifs)

Signature du stagiaire